

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8º**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Curiaú, Macapá/AP**

**Anne Kempchen**

**Pelotas, 2015**

**Anne Kempchen**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na ESF Curiaú, Macapá/AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ana Luiza Parcianello Cerdótes

Pelotas, 2015

K32m Kempchen, Anne

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Curiaú, Macapá/AP / Anne Kempchen; Ana Luiza Parcianello Cerdótes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Cerdótes, Ana Luiza Parcianello, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Meu pai Heinrich Kempchen

Maria, Koenigin des Weltalls und der Armen  
Seelen

## **Agradecimentos**

Orientadora Ana Luiza Parcianello Cerdótes

Coordenadora pedagógica Talita Helena Monteiro de Moura

## Resumo

KEMPCHEN, Anne. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus na ESF Curiaú, Macapá/AP. 2015 81f.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são as doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes na Atenção Básica (AB). As complicações decorrentes dessas patologias comprometem a qualidade de vida, por exemplo, a insuficiência renal, a perda de acuidade visual e a sequelas motoras e cognitivas provenientes de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Por isso, as atividades de prevenção e promoção à saúde são essenciais; o diagnóstico precoce e o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da atenção básica. Por essa razão, é importante que as equipes de AB estejam atentas, não apenas para os sintomas do DM e HAS, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). O trabalho apresentado trata de uma intervenção no período de três meses na unidade de saúde no Quilombo Curiaú, que conta com uma equipe de Estratégia da Saúde da Família, tendo um total de 160 pessoas com hipertensão e 40 com diabetes, dados do levantamento na área adscrita realizado pela equipe da ESF Curiaú, já o caderno de Ações programáticas trouxe uma estimativa de 440 HAS e 126 DM. Foram utilizados os protocolos do MS - HAS no. 37, 2013, e DM no. 36, 2013, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados fornecida pelo curso e foram realizadas ações em 4 eixos pedagógicos – monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. O objetivo foi cadastrar 50% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, logo, seriam 80 usuários hipertensos e 20 usuários diabéticos, além de realizar 100% das ações de qualidade que o Ministério da Saúde preconiza. Cadastramos 74 hipertensos (46,3 %) e 27 (67,5 %) diabéticos da área adscrita. Os resultados mais significativos foram o que dependeram da nossa equipe: realizamos em 100% destes usuários, o exame clínico apropriado, a busca ativa dos faltosos às consultas conforme a periodicidade, a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia; a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, o registro adequado; orientações nutricionais sobre alimentação saudável, a prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo e higiene bucal. Também foram realizadas capacitações da equipe sobre os protocolos do Ministério da Saúde com ênfase na Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. O contato com a liderança comunitária e as reuniões com a comunidade ajudaram alcançar as respostas positivas das ações. Foram importantes as visitas domiciliares com foco nos usuários com idade avançada e dificuldade de se locomover. A intervenção, na unidade de saúde da ESF Curiaú, propiciou a ampliação de cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação de riscos de ambos os grupos, assim como aumentou o vínculo e promoveu o trabalho integrado da equipe. As ações foram incorporadas à rotina do serviço.

**Palavras-chaves:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Livro de registro da unidade na ESF Curiaú, Macapá/AP.	44
Figura 2	Equipe ESF Curiaú, Macapá/AP, na comunidade ribeirinha Curiaú Mirim.	45
Figura 3	Visita domiciliar ao usuário com HAS na ESF Curiaú, Macapá/AP.	46
Figura 4	Visita do grupo dos hipertensos e diabéticos no museu “Sacaca” na ESF Curiaú, Macapá/AP.	47
Figura 5	Grupo dos hipertensos e diabéticos com atividade física na ESF Curiaú, Macapá/AP.	47
Figura 6	Médica e enfermeira na equipe ESF Curiaú, Macapá/AP.	48
Figura 7	Banner “Programa de Atenção Hipertensão e Diabetes Mellitus” na ESF Curiaú, Macapá/AP.	49
Figura 8	Visita domiciliar na comunidade, ESF Curiaú, Macapá/AP.	50
Figura 9	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na ESF Curiaú, Macapá/AP.	54
Figura 10	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na ESF Curiaú, Macapá/AP.	54
Figura 11	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Curiaú, Macapá/AP.	56
Figura 12	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Curiaú, Macapá/AP.	56
Figura 13	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Curiaú, Macapá/AP.	57
Figura 14	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Curiaú, Macapá/AP.	58
Figura 15	Fila de espera para o atendimento clínico na comunidade Currálinho na ESF Curiaú, Macapá/AP.	63
Figura 16	Área de difícil acesso na ESF Curiaú, Macapá/AP.	64
Figura 17	Gráfico indicativo dos hipertensos acompanhados na ESF Curiaú, Macapá/AP.	65
Figura 18	Gráfico indicativo dos diabéticos acompanhados na ESF Curiaú, Macapá/AP.	65
Figura 19	Grupo dos hipertensos e diabéticos na ESF Curiaú, Macapá/AP.	66
Figura 20	Ação informativa na comunidade Curiaú Mirim na ESF Curiaú, Macapá/AP.	68

Figura 21	Grupo dos hipertensos e diabéticos “Mexe se com o NASF” na ESF Curiaú, Macapá/AP.	69
Figura 22	Atendimento da médica da equipe na ESF Curiaú, Macapá/AP, em Curiaú de Fora.	70
Figura 23	Visita domiciliar com verificação da pressão arterial sistêmica da equipe na ESF Curiaú, Macapá/AP.	71
Figura 24	Reunião da equipe na ESF Curiaú, Macapá/AP.	73



### **Lista de abreviaturas e siglas**

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário da Saúde
AMA	Associação de Amigos de Autistas de Amapá
APA	Área de Proteção Ambiental
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CA	Câncer
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEO	Centro Especializado de Odontologia
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAP	Centro de Reabilitação de Amapá
CRDT	Centro de Referência das Doenças Tropicais
CRTN	Centro de Referência de Tratamentos Naturais
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Educação à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão Arterial Diabetes Mellitus
HIV	Anti - Virus da Imunodeficiência Humana
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
JEC	Junção Escamocolunar
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PAS	Pressão Arterial Sistêmica
PCCU	Exame citopatológico preventivo de câncer de colo de útero
PSE	Programa Saúde na Escola
PMM	Programa Mais Médicos
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SUS	Sistema Único da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## Sumário

Apresentação .....	10
Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	20
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	35
2.3.3 Logística.....	41
2.3.4 Cronograma .....	44
3 Relatório da Intervenção.....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	54
4.1 Resultados .....	54
4.2 Discussão.....	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	74
Referências .....	76
Anexos .....	77

## **Apresentação**

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC), realizado como parte integrante do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas tem como objetivo intervir na situação de saúde da unidade de saúde Curiaú, Macapá/AP.

O primeiro capítulo é a Análise Situacional, em que foi analisada através de questionários a situação de saúde da unidade Curiaú, o segundo capítulo é a Análise Estratégica, na qual foi elaborado um projeto de intervenção a partir da análise situacional com ações em quatro eixos (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), o terceiro capítulo é o Relatório da Intervenção, cujo objetivo é a discussão das ações realizadas durante a intervenção, o quarto capítulo é a Avaliação da Intervenção, em que são expostos os resultados obtidos através da intervenção. Em seguida vem o Relatório da Intervenção para Gestores, sendo a apresentação da intervenção aos gestores, o Relatório para a comunidade, a apresentação da intervenção para a comunidade, a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, uma reflexão do especializando sobre o processo. Por último, a bibliografia, apêndices e anexos.

## **Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Trabalho na ESF Curiaú situada numa zona rural na periferia de Macapá/Amapá. A ESF esta localizada em um Quilombo, área de Proteção Ambiental (APA). A estrutura física é uma casa pequena. Possui um consultório médico, uma sala da enfermagem, uma sala de entrada, uma sala multiuso. A sala multiuso serve para farmácia, possui poucos medicamentos que o ministério da saúde fornece. Serve também para fazer curativos, inalação, aplicar injeções, pesagem, lavar louça e também como copa para os funcionários realizarem suas refeições. A unidade também possui um banheiro. Para ventilação do ambiente estão disponíveis dois ventiladores.

A ESF pertence a três Comunidades: Casa Grande, Currallinho e Curiaú Mirim. Em Curiaú Mirim, no período de chuvas o acesso só é possível fazendo uso de canoas. A equipe de trabalho conta com uma enfermeira, com especialização em Saúde da Família e Obstetrícia que trabalha há 7 anos na unidade; uma médica clinica geral, um diretor, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, três Agentes Comunitários da Saúde (ACS) que trabalham há mais de 10 anos na área e um servente de limpeza.

Nossa equipe conta com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que possui na sua equipe uma assistente social, um (a) fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma psicóloga, uma nutricionista e uma educadora física. O foco do NASF é a necessidade de orientação e prevenção, eles não fazem reabilitação. O NASF ou a ESF fazem o encaminhamento para as redes de apoio. Consistem em redes de apoio a ESF Curiaú o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), o CREAP (Centro de Reabilitação de Amapá), CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), AMA (Associação de Amigos de Autistas de Amapá), CRTN (Centro de Referência de Tratamentos Naturais), CRDT (Centro de Referência das Doenças Tropicais), SAE (Serviço de Atendimento Especializado), Hospital da Criança, Hospital Geral e a Maternidade Mãe Luzia.

Entre as atividades de promoção e prevenção da saúde realizamos o Programa Saúde na Escola em conjunto com NASF, onde trabalhamos com a parte educativa e atendimentos nas escolas das localidades com ações para avaliação da

acuidade visual dos estudantes, antropometria, atendimentos médicos e campanhas de vacinação nas escolas. Nossa unidade também possui um Grupo de Hipertensos e Diabéticos que são distribuídas medicações do Hiperdia e um Grupo de idosos. No espaço destes grupos realizamos educação em saúde, conversas e atendimento médico, existem pessoas que se descolocam bastante para o atendimento. Também realizamos ações eventuais de promoção e prevenção em saúde como o Macapá verão no Balneário Curiaú.

Ações nas comunidades são realizadas uma vez ao mês ou uma vez por semestre conforme a capacidade e possibilidade de acesso. As ações nas comunidades consistem em conversas sobre a promoção da saúde, atendimentos médicos e atendimento de enfermagem. As ações em geral só tem a participação dos idosos. Percebo que os homens, mulheres e crianças tem pouca consciência da importância do cuidado de saúde e da prevenção das doenças.

O acolhimento ao usuário é realizado com confiança, a comunidade divide a mesma cultura, é um Quilombo, as pessoas se conhecem. A triagem para o atendimento médico se constitui de aferição da PAS (Pressão Arterial Sistêmica), altura e peso. O horário de funcionamento da unidade é de segunda à sexta-feira no período das 8 às 12h e das 14 às 17h. A reunião da equipe acontece 1 vez ao mês é organizada pela enfermeira e diretor da unidade, conta com um dialogo aberto e serve para discutir os problemas enfrentados pela equipe.

A ESF tem 2.500 usuários, a comunidade é composta por pessoas com baixa renda, agricultores, muitos vivem da bolsa família, com nível educação fundamental (cursaram até à 8ª série). Entre as doenças mais comuns estão os verminoses, desnutrição, obesidade, hipertensão, diabetes mellitus, síndrome vertebral e doenças sexualmente transmissíveis.

A enfermeira é a responsável pela organização do processo de trabalho. As consultas médicas são agendadas e as consultas por demanda espontânea são realizadas as segundas-feiras à tarde, terças e quintas-feiras de manhã. Visitas domiciliares ocorrem na segunda-feira com o NASF e sextas-feiras de manhã e à tarde de terça e sexta-feira conforme as necessidades. O Pré-natal de baixo risco e a puericultura é feito na unidade. O pré-natal de alto risco é realizado no centro de Macapá na Maternidade Mãe Luzia. O Planejamento familiar com fornecimento de medicamentos e orientação ocorre na Unidade Básica de Saúde.

Exames realizados na unidade: são o PCCU (amostras para Prevenção de Câncer do Colo Uterino) e o teste de glicemia, não temos laboratório na unidade. Os exames preventivos de Câncer de Colo de útero são coletados as terças e quintas-feiras. A vacinação é realizada só nas campanhas.

O prontuário é escrito. Não tem computador nem telefone na unidade. Os exames para receber a bolsa família são realizados uma vez por semestre e consistem na pesagem da criança e da mãe, na verificação do calendário vacinal e na data de realização do último PCCU.

A relação com a comunidade e as estruturas adjacentes é forte, é um Quilombo com uma cultura marcante, são muito usados os espaços da escola, da igreja católica e da associação dos moradores.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Macapá, capital do estado de Amapá, tem 459 000 habitantes, conta com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 5 Módulos (estruturas - como Curiaú – na quais trabalha apenas uma equipe de saúde da família). O município Macapá tem 84 Equipes de Saúde da Família (ESF), 8 Núcleo Apoio a Saúde da Família (NASF) disponíveis e não existe um Centro Especializado de Odontologia (CEO). O município conta ainda com uma Unidade de Saúde com atenção especializada, onde é oferecida atenção especializada, com atendimento na área de cardiologia, dermatologia, geriatria, ginecologia, pediatria e psiquiatria. Macapá não conta com um serviço hospitalar municipal, apenas estadual. Existem apenas poucas vagas para realização de exames complementares na rede municipal.

A unidade da ESF Curiaú está situada na zona rural na periferia de Macapá, responsabilidade 100% do SUS, não existe vínculo com instituições de ensino. Curiaú é um módulo que conta com uma equipe de ESF composta por um diretor, uma médica - clínica geral, uma enfermeira com especialização em Saúde da Família e obstetrícia, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e três ACS numa Área de Proteção Ambiental (APA), a relação com a comunidade é forte, pois tem uma cultura marcante. Na área residem apenas membros da comunidade Quilombola.

A unidade funciona em local com estrutura física limitada, onde antes era uma casa pequena. Possui um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma sala de entrada e uma sala multiuso. A sala multiuso serve para farmácia, sendo que essa possui poucos medicamentos fornecidos através do Ministério da Saúde (MS), realização de curativos, inalação, aplicar injeções, pesagem, e também como cozinha e copa para os funcionários realizarem suas refeições. A unidade também possui um banheiro e não possui sanitário para deficientes. Para ventilação do ambiente estão disponíveis dois ventiladores. Em frente da unidade, há um degrau alto e não tem rampa para facilitar o acesso de cadeirantes e pessoas com dificuldade de deambulação. O trabalho da equipe toda é afetado pela falta de estrutura física adequada, limitando assim o acesso.

O telhado precisa urgente de reforma, o pé dos morcegos cai na mesa, na maca e no chão. A unidade precisa de uma reforma geral, em primeiro lugar, reforma do telhado, depois pintura das paredes e do chão. Organizar melhor a sala de utilidades para não prejudicar um procedimento pelo outro, contaminar as diferentes coisas guardadas, prestar melhor atenção na coleta do lixo, na separação do lixo comum e contaminado. Além disso, a luz elétrica não funciona, a unidade precisa de uma reforma na instalação elétrica. Precisa ser construída uma rampa em frente ao posto e ser comprada uma cadeira de rodas. Acredito que para a resolução dessas demandas exista a possibilidade de fazermos um pedido ao gestor do município. Dessa forma, percebe-se que a estrutura física de nossa unidade está distante da proposta segundo o manual da estrutura do Ministério da Saúde.

O processo de trabalho, ou seja, as ações desenvolvidas pelos profissionais são extremamente limitadas. As limitações estruturais que engessam o processo de trabalho na ESF Curiaú são várias, entre elas, a estrutura inadequada: não tem acesso para cadeirantes, não tem espaço adequado para fazer curativos, aplicar inalações, guardar os medicamentos, armazenar o lixo comum e hospitalar. As atividades realizadas pela equipe, dentro das limitações, são: a programação e implementação das atividades de atenção à saúde, o desenvolvimento das ações que priorizam os grupos de risco, o acolhimento com qualidade, prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, o desenvolvimento das ações educativas, a participação do planejamento local e a atenção domiciliar destinada a usuários que possuem problemas de saúde.



Essas limitações mencionadas de certa forma limitam nossas condições limita o cuidado da saúde da população adscrita, no âmbito da unidade, limitando a oferta, não podemos prestar um serviço de saúde de qualidade e resolutivo. O dever do médico, da enfermeira, da técnica/ auxiliar de enfermagem não é suficientemente cumprido devido às falhas na infraestrutura da unidade que não oferta a estrutura física e os recursos mínimos para que os profissionais consigam cumprir com suas atribuições. O município não oferece adequadamente um tratamento específico para o grande número dos usuários. Em Curiaú não existe um controle social, nem um conselho de saúde, nem educação permanente, pois nem o conselho municipal de saúde funciona adequadamente e não há outras formas de participação da população.

Na área da ESF Curiaú moram 2.500 habitantes, a comunidade é composta por pessoas com baixa renda, agricultores, muitos vivem da bolsa família, com nível de educação fundamental (cursaram até à 8ª série) segundo as informações das colegas que já trabalham há muitos anos na ESF Curiaú. A distribuição demográfica é conforme o perfil do Brasil, estimado no Caderno das Ações Programáticas, os usuários que frequentam o serviço da equipe são mais idosos, mulheres, crianças e adolescentes menores de 15 anos. Poderia ser feito um pedido ao gestor do município para disponibilizar mais uma equipe da ESF e mais ACS para as três comunidades - área descoberta, visto que o número dos habitantes em Curiaú está crescendo devido à vantagem da região como uma Área da Proteção Ambiental (APA). A terra é boa, a construção de casas é barata, os parentes, filhos, vem de Macapá construindo casas em Curiaú.

Com relação à demanda espontânea, a maior parte é por problemas agudos causados por falta de uma política de educação popular em saúde, temos uma cultura hospitalocêntrica, curativa e médico centrado. O acolhimento dos usuários acontece de forma adequada com atenção, compreensão e competência. Um excesso de demanda espontânea é canalizado para outros horários de atendimento ou para outros serviços da saúde conforme a necessidade. Dessa forma, o processo de trabalho na ESF não é realizado como deveria ser com consultas adequadas e programadas para uma medicina de prevenção e promoção da saúde. É preciso alertar a equipe toda para a importância de aumentar o número de consultas adequadas e programadas.

Com relação ao cuidado a atenção à saúde da criança, o protocolo do MS é utilizado, a estimativa foi retirada do caderno de ações programáticas saúde da criança - foram acompanhadas 50 (94%) crianças na unidade, comparando com a estimativa de 53 crianças, percebe que nem todas as mães levam seus filhos para a consulta de puericultura de acordo com a frequência preconizada no calendário do MS. Os indicadores de qualidade da atenção à saúde da criança são avaliados como insuficientes. O teste do pezinho é realizado de forma incompleta no estado de Amapá, pois falta a oferta da realização da eletroferese de hemoglobina para detectar hemoglobinopatias do recém – nascido. A triagem auditiva é realizada em somente em 30 crianças (60%) e o teste do pezinho em até sete dias em 40 crianças (80%) dos neonatos, pois faltam profissionais capacitados para a realização destas ações.

A ESF Curiaú precisa melhorar a organização do atendimento às crianças de 0 – 6 anos. Buscando a realização de uma pediatria preventiva, um acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança com o objetivo da redução da morbimortalidade infantil e potencialização do desenvolvimento da criança. Deslocando, dessa forma, o enfoque para uma assistência que contemple a criança no seu processo de desenvolvimento e crescimento. Gostaria de destacar a importância da captação precoce dos usuários para a primeira consulta de puericultura e de revisão puerperal. Deveria ser realizada a primeira consulta até o sétimo dia de vida. A captação precoce é fator primordial para que se melhore a cobertura e a qualidade da atenção.

O planejamento e o monitoramento regular do serviço da equipe, das ações e das atividades de educação em saúde de todos os programas são feitos pela enfermeira que é a chefe da equipe. Ela e o diretor realizam a comunicação entre a unidade e a Secretaria Municipal de Saúde. Todos os membros da equipe participam nas atividades.

Na área da ESF Curiaú a cobertura de pré-natal é de 85% – a estimativa foi retirada do caderno de ações programáticas pré-natal e o protocolo do MS é utilizado. Nós acompanhamos 32 gestantes e a estimativa é de 37,5 gestantes. Apenas 24 (75%) das Gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre. As consultas em dia conforme preconizado pelo MS, correspondem a somente 20 (63%) e 24 (75%) das gestantes fazem exames ginecológicos/ por trimestre. A ESF precisa fortalecer o vínculo com as gestantes, precisaria aprofundar a consciência

da saúde das usuárias. Tendo em vista que as três comunidades da ESF Curiaú não têm ACS, há dificuldade de acesso à zona rural. Na época da chuva, o deslocamento fica ainda mais perigoso e a situação precária, além de falta de vagas para consultas ginecológicas do nível secundário de atenção à saúde.

A cobertura de puerpério é de 28 (53%) mulheres nos últimos 12 meses, sendo a estimativa de 53 mulheres para esse período. Os indicadores de qualidade mostram falhas no exame das mamas com 18(64%) mulheres examinadas. Na ESF Curiaú não existe uma avaliação pré-concepcional qualificada. Seria um instrumento de auxílio favorável na melhoria dos índices de morbimortalidade materna e infantil, tão importante aqui no estado de Amapá, pois a mortalidade infantil é 23%. Não está sendo feita de forma adequada e suficiente a busca ativa das gestantes na área da ESF Curiaú. Não existem atividades com grupos de gestantes. Os exames devem ser muitas vezes realizados na rede privada, não temos vagas suficientes para realização dos exames ou são inexistentes na rede pública de Macapá – teste de gravidez somente particular e um ultrassom morfológico só há na rede privada por um preço de R\$ 250. Não existe a garantia do transporte público gratuito da gestante para o atendimento de pré-natal.

O direito do parceiro de ser cuidador não é valorizado, precisa ser mais divulgado em Macapá. É preciso divulgar mais os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal, a presença de um familiar, o direito de ter um acompanhante de livre escolha no momento de trabalho de parto, etc.

Na ESF Curiaú a prevenção do câncer do colo do útero precisa ser melhorada. O protocolo do MS é utilizado, a estimativa foi retirada do caderno de ações programáticas câncer de colo de útero. Nós estamos com 200 (38%) mulheres acompanhadas na UBS para uma estimativa de 530 mulheres na faixa etária preconizada, os exames citopatológicos preventivos de câncer de colo de útero (PCCU) são coletados pela enfermeira e anotados em um livro de registros com resultado e data de entrega à usuária. A cobertura da PCCU é somente de 100 (38%). No que tange aos indicadores de qualidade, 180 (90%) das coletas são com amostras satisfatórias, 180 (90%) têm células representativas da junção escamocolumnar (JEC). A avaliação de risco para câncer de colo de útero mostra uma cobertura de 170 (85%) para este indicador de qualidade, as orientações para prevenção de câncer e sobre DST mostram que 100% das mulheres são orientadas.

Não existe um registro específico para exame clínico das mamas ou requisição e resultado de mamografia.

A nossa cobertura para prevenção do CA de mama – o protocolo do MS é utilizado, a estimativa foi retirada do caderno de ações programáticas câncer de mama - é de 80 (73%), pois a estimativa é de 110 mulheres na faixa etária preconizada. No que se refere aos indicadores de qualidade na prevenção do câncer de mama, 35 (44%) das usuárias têm a mamografia em dia, 40 (50%) com mais de 3 meses de atraso. Aqui no estado de Amapá a situação da saúde é precária, é difícil agendar e realizar uma mamografia pelo SUS. A avaliação de risco para câncer de mama e a orientação de prevenção mostram ambos 100%.

Os aspectos do processo de trabalho que precisam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção são seguintes: Registrar os exames da mama (exame clínico, ultrassonografia, mamografia) num registro específico, realizar grupos com informações sobre a importância da prevenção do câncer de colo de útero e da mama, inclusive sobre o autoexame da mama, aproveitar ações como outubro rosa, sensibilizar as mulheres nas consultas para realização do PCCU e da mamografia, fazer o exame clínico das mamas em todas as consultas, fortalecer a busca ativa das mulheres na faixa etária pela equipe e realizar capacitações para os ACS neste contexto.

O registro das pessoas com hipertensão e diabetes – o protocolo do MS é usado - tem muitas falhas, pois constam apenas os usuários que recebem os medicamentos disponíveis na unidade, que são poucos. Nossa equipe fez um levantamento das pessoas com hipertensão e diabetes na área adscrita, e identificou 160 e 40, respectivamente. Nós temos somente 44 (10%) dos hipertensos acompanhados, enquanto a estimativa do caderno de ações programáticas é de 440 usuários hipertensos. A estratificação de risco cardiovascular por critério clínico segundo escore de Framingham é realizada em 32 (73%) dos usuários atendidos e 28 (64%) dos usuários acompanhados pela unidade têm atraso na consulta agendada em mais de 7 dias. Apenas 4 (9%) usuários tem os exames complementares periódicos em dia. A orientação sobre a importância da atividade física regular e da alimentação saudável foi dada a 36 (82%) usuários. Apenas 2 (5%) têm a avaliação da saúde bucal em dia.

Quanto à atenção ao usuário diabético, observa-se que somente 15 (12%) dos usuários são acompanhados na unidade, enquanto a estimativa no caderno de

ações programáticas é de 126 usuários com diabetes. A estratificação de risco cardiovascular por critério clínico segundo escore de Framingham foi realizada em 8 (53%) dos usuários atendidos. Temos 12 (80%) em atraso na consulta agendada com mais de 7 dias. Isso provavelmente resulta do acesso difícil à unidade Curiaú que está na zona rural, com alagamento de água, sem transporte público regular, com somente 60% cobertura com ACS. Apenas 2 (13%) dos diabéticos têm exames complementares em dia, 2 (13%) usuários fizeram o exame físico dos pés e a medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. A realização da orientação sobre prática de atividade física regular e a orientação nutricional para alimentação saudável ambos com 73%, ou seja, 11 usuários orientados e 1 (7%) usuário com a avaliação da saúde bucal em dia. Para os hipertensos e diabéticos é realizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, mas não existem dados referente a priorização a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Portanto, entre os aspectos do processo de trabalho que precisam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS e DM estão: sensibilizar os usuários da importância de realizar os exames complementares periódicos em dia, incentivar a equipe para dar mais atenção aos exames necessários dos pés dos diabéticos, incentivar a participação do grupo dos hipertensos e diabéticos, fortalecer a busca ativa dos usuários com DM e HAS, realizar novas atividades de orientação sobre atividade física regular e alimentação saudável, agendar para consultas programadas – incentivar o controle do tratamento, fazer o cadastro no plano de reorganização da atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus pelos ACS, realizar capacitações para ACS neste contexto, fazer um pedido ao gestor do município de contratar mais profissionais da saúde bucal.

A ESF Curiaú não tem um registro específico para idosos, o protocolo do MS é usado. A cobertura de Saúde da Pessoa Idosa é de 90% - a estimativa foi retirada do caderno de ações programáticas saúde da pessoa idosa. Nós temos 115 idosos acompanhados na unidade para uma estimativa de 128 - em geral são os idosos que frequentam mais a unidade e as atividades oferecidas pela equipe. Somente 50 (43%) têm a caderneta da pessoa idosa, precisando ser mais distribuída e 50 (43%) das pessoas idosas estão com a avaliação multidimensional em dia, essa avaliação precisa ser mais planejada com tempo suficiente na consulta. Temos 60 (52%) com acompanhamento em dia. A equipe falha no agendamento e no controle da consulta

programada. Com avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilização na velhice existem 80 (70%) de cobertura, também consequência da falta da consulta programada com tempo suficiente. Já 100 (87%) dos idosos estão com orientação nutricional por hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular e somente 18 (16%) estão com avaliação da saúde bucal em dia. No município de Macapá menos de 40 % da população tem cobertura com uma equipe da saúde bucal.

Aspectos do processo de trabalho que precisam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos: incentivar a equipe na busca ativa dos idosos, dando prioridade aos frágeis e em processo de fragilização, distribuir mais a caderneta da pessoa idosa e ajudar no preenchimento dos dados, focar a realização da avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa com ajuda da equipe toda, incentivar a equipe quanto à importância no agendamento da consulta programada da pessoa idosa com tempo suficiente, aumentar a atenção domiciliar às pessoas idosas, sensibilizar os usuários e as familiares para participação do grupo dos idosos e realizar capacitações para os ACS sobre a saúde da pessoa idosa.

A ESF Curiaú não tem uma equipe de saúde bucal. Oferecemos orientações de educação em saúde, sobre alimentação saudável e higiene bucal. Ações pontuais são oferecidas através de parcerias com o SENAC e em ações nas escolas. Nós não temos um registro específico de saúde bucal. Aspectos da atenção à saúde bucal que podem ser melhorados: realizar capacitações para a equipe sobre saúde bucal, incentivar a educação pela equipe toda para um aumento da compreensão pela população da importância de ter uma adequada saúde bucal e fortalecer a busca ativa da equipe toda dos usuários no controle da consulta odontológica realizada. A implementação do programa de saúde bucal é incipiente.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Conheço melhor a realidade da unidade do que antes, quando escrevi a tarefa “Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?” Pude fazer uma observação detalhada dos aspectos positivos e negativos do serviço da ESF Curiaú e os pontos fracos de cada membro da equipe. Nas semanas da Análise Situacional, percebo claramente a necessidade da mudança, onde o processo de trabalho da ESF Curiaú

precisa ser melhorado. Percebi também as falhas da rede pública em Macapá. Para esclarecimento, gostaria de destacar que a maioria dos serviços – as redes de apoio, os centros de referências, os centros com atendimento de médicos especializados – são do estado de Amapá, não pertencem à secretaria de saúde do município de Macapá. A atenção básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade, da equidade e da participação social. Observei que os objetivos do SUS não são cumpridos em Curiaú, fora da realidade encontrada na periferia de Macapá. Isso me entristece, pois a situação da rede pública é precária. Em Macapá, usuários precisam usar a rede privada para alcançar os objetivos – um cuidado preventivo, um diagnóstico qualificado e um tratamento adequado. Muitos membros da comunidade Quilombola ficam fora desses serviços por falta de recursos financeiros. Tenho expectativa de continuar junto com a equipe trabalhando para melhoria do nosso processo de trabalho, a fim de conseguir de fato implantar de forma completa a estratégia de saúde da família:

“A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica, importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adscrição de clientela e aproximação da realidade sócio - cultural da população e da postura pró - ativa desenvolvida pela equipe” (BRASIL e; 2006).

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são as doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes na Atenção Básica (AB). As complicações decorrentes dessas patologias comprometem a qualidade de vida, por exemplo, a insuficiência renal, a perda de acuidade visual e a sequelas motoras e cognitivas provenientes de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Por isso, as atividades de prevenção e promoção à saúde são essenciais. O diagnóstico precoce e o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois, o controle da pressão arterial (PA) pode minimizar as complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), AVC, problemas renais, entre outros (BRASIL a, BRASIL b; 2013).

O DM pode permanecer assintomático por longo tempo, a detecção clínica é frequentemente feita pelos fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de AB estejam atentas, não apenas para os sintomas do DM e HAS, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade) (BRASIL a e b; 2013).

A hipertensão arterial é mais frequente, evolui de forma mais grave e precocemente na população negra. Alguns estudos indicam que a morte materna por doenças hipertensivas é mais frequente entre as mulheres negras, sendo a taxa de mortalidade quase seis vezes maior (BRASIL, 2005). O DM tipo 2 também é prevalente na população negra. Na população diabética, a hipertensão arterial é duas vezes maior que na população em geral (BRASIL c, 2013).

A Unidade de Saúde da Família em Curiaú funciona em local com estrutura física limitada, possui um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma sala de entrada - acolhimento e sala de espera- e uma sala multiuso - guardar os medicamentos, fazer curativos, aplicar injeções, pesar os usuários, fazer inalação, fazer anotações, tomar café no intervalo, lavar louça, guardar o lixo. A equipe de saúde da família é composta por um diretor, uma médica – clínica geral, uma enfermeira com especialização em Saúde de Família e Obstetrícia, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e três ACS. Na área da ESF Curiaú moram 2.500 habitantes, são três comunidades atendidas pela equipe, uma delas é Curiaú Mirim; uma comunidade ribeirinha. Curiaú é um Quilombo situado na zona rural na periferia de Macapá, na área residem apenas membros da comunidade Quilombola. Ressalta-se que na raça negra há alta incidência para HAS e DM.

No que diz respeito à ação programática de atenção à pessoa com hipertensão e diabetes, o indicador de cobertura está baixo. O número estimado de pessoas com hipertensão na área é 440, mas apenas 44 (10%) são acompanhados na unidade. Estima-se ainda 126 diabéticos, mas apenas 15 (12%) são acompanhados pela equipe. A adesão é baixa por diversos fatores, entre eles, os usuários que têm plano privado de saúde, por isso fazem a consulta com um médico particular, seja o cardiologista/ endocrinologista, já outros fazem o acompanhamento pelo cardiologista/ endocrinologista do SUS, mas não pela ESF Curiaú. Há ainda outros que abandonam o tratamento regular.

A qualidade da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM tem muito para melhorar. Os indicadores de qualidade para a estratificação de risco



cardiovascular por critério clínico segundo o escore de Framingham é feita para 32 (73%) dos usuários hipertensos e 8 (53%) dos diabéticos, a orientação sobre a importância da atividade física regular e da alimentação saudável é realizada para 36 (82%) hipertensos e 11 (73%) diabéticos. Estão com atraso da consulta agendada mais de 7 dias 28 (64%) das pessoas com hipertensão e 12 (80%) das pessoas com diabetes. Somente 9% (4 hipertensos) e 13% (2 diabéticos) têm os exames complementares periódicos em dia. Temos 2 (13%) das pessoas com diabetes que estão com exames físicos dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e a medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. A avaliação da saúde bucal em dia apresentam 2 (5%) hipertensos e um (7 %) diabético.

Nossa equipe conta com o apoio do NASF, que ajuda na realização do grupo dos hipertensos e diabéticos, uma vez ao mês, a nutricionista do NASF faz atendimento às pessoas com hipertensão e diabetes. As comunidades são atendidas em ações realizadas uma vez ao mês ou por semestre conforme a capacidade e possibilidade de acesso. As ações nas comunidades consistem em palestras, atendimento da médica e de enfermagem.

A ação programática Hipertensão e Diabetes na unidade tem o grau de implementação incipiente. Ela envolve todos os membros da equipe, para atingir a meta exige a participação ativa de todos. As principais dificuldades e limitações estão na falha da saúde pública em Macapá. As limitações estruturais que engessam o processo de trabalho são várias entre elas a estrutura inadequada que não dá acesso para cadeirantes e demais usuários com limitação física. Faltam ACS na área da ESF Curiaú e profissionais de saúde bucal. Não têm manguitos pediátricos, nem manguitos grandes para obesos. Não há disponibilidade de exames complementares na rede municipal, a maioria é apenas feitas na rede privada. Faltam vagas na rede pública para a atenção especializada como cardiologia, quanto aos endocrinologistas há apenas na rede do estado.

A relação da unidade de saúde com a comunidade é forte, pois o quilombo tem uma cultura marcante. Para melhoria da atenção à saúde da população-alvo é importante a implantação do registro; um formulário específico e arquivo para facilitar a revisão periódica e a busca dos faltosos. Também a elaboração de estratégias da equipe para monitorar e avaliar as ações periodicamente e implantar os protocolos para HAS (BRASIL, a, 2013) e DM (BRASIL, b, 2013). A médica e a enfermeira precisam abordar os usuários na consulta de forma mais clara, planejar

com a equipe as consultas conforme o protocolo do MS. Na atividade com o grupo de hipertensos e diabéticos, incentivamos a participação dos usuários, o agendamento para consultas programadas, o controle do tratamento e a realização dos exames complementares em dia.

A equipe precisa estimular a participação da comunidade na ESF, o engajamento em grupos; de ajudar no convite de mais usuários a comparecerem, realizar tarefas externas à unidade em locais frequentados pela comunidade como uma forma de diagnosticar outras pessoas com hipertensão e diabetes. A intervenção pode melhorar os indicadores da qualidade; a atenção à saúde da população-alvo, respeitando o princípio da integralidade. É fundamental que continue após os 4 meses propostos pelo curso, com a incorporação das ações à rotina do serviço.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Curiaú, Macapá/AP.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura os hipertensos e/ou diabéticos

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

## **2.3 Metas**

### **Metas relativa ao Objetivo específico 1.**

Metas 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Metas relativas ao Objetivo específico 2.**

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Metas relativas ao Objetivo específico 3.**

Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Metas relativas ao Objetivo específico 4.**

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Metas relativa ao Objetivo específico 5.**

Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Metas relativas ao Objetivo específico 6.**

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto foi desenvolvido para ser executado em 4 meses, no entanto, foi realizado em 12 semanas na área da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Curiaú, no Município de Macapá. Participarão da intervenção as pessoas com hipertensão e diabetes da área adscrita à ESF. O cadastro será realizado de acordo com as normas. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos**

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **Ações:**

### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. O Monitoramento será realizado pela enfermeira mensalmente por meio do acompanhamento da ficha espelho, revisão dos prontuários e das fichas dos ACS. Além disso, a cada 15 dias a situação será discutida na reunião da equipe.

### **Organização e Gestão do Serviço**

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa; Melhorar o acolhimento para os hipertensos e diabéticos; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. A organização e gestão do serviço serão realizadas através de anotações em livro de todos os usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus com nome, data de nascimento, data da consulta, solicitação dos exames complementares, data da consulta odontológica. A responsabilidade será das duas técnicas de enfermagem. Para o melhor controle e acompanhamento do tratamento será agendada pela equipe uma consulta programada, o usuário já sai com a próxima consulta agendada conforme o protocolo do MS. O diretor da unidade vai fazer um pedido ao gestor para providenciar um manguito maior para obesos e fornecer fitas adequadas para hemoglicoteste.

### **Engajamento Público**

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. O Engajamento público será atingido através ações informativas. Uma ação direcionada para os usuários da comunidade homens, realizada em dois sábados no espaço de uma igreja em Curiaú de fora. Nas três comunidades, que pertencem da ESF Curiaú Currálinho, Curiaú Mirim e Casa Grande serão realizadas uma ação informativa durante a semana e também na

escola ao lado da unidade – todas com medida do PA, hemoglicoteste e educação sobre a importância da atividade física e orientação sobre alimentação saudável. Material de informação e um banner “Programa de Atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus” serão fornecidos para todas as ações. Outra estratégia será a reativação do grupo dos hipertensos e diabéticos com mais criatividade nos encontros, atividades novas, palestras e atividades com mais empenho. Os ACS avisarão os usuários alguns dias antes. O andamento do grupo será discutido na reunião da equipe.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Para a qualificação da prática clínica serão realizadas com os ACS duas capacitações em duas quartas-feiras com exemplo de preenchimento da ficha “Plano de Reorganização de Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus” (Anexo E) e com o conteúdo de manual técnico sobre as consultas. Uma capacitação será realizada pela médica sobre a clínica e as complicações da HAS e DM. Para a equipe serão realizadas três capacitações com o conteúdo supracitado pela enfermeira e médica. Um membro da equipe bucal da unidade mais próxima realizará duas capacitações sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

### **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos e hipertensos.

Meta 2.2. Garantir a 100% dos hipertensos e dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

**Ações:****Monitoramento e Avaliação**

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos; Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames complementares solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e a necessidade de tratamento odontológico. O monitoramento do exame clínico e dos exames complementares será realizado através da ficha espelho sob a responsabilidade da médica e enfermeira. O monitoramento dos medicamentos da Farmácia Popular ficará sob a responsabilidade da auxiliar de enfermagem.

**Organização e Gestão do Serviço**

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos; Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; Garantir a solicitação dos exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados; Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Na organização e gestão do serviço será garantida a realização desses itens. Na reunião da equipe na primeira semana da intervenção serão estabelecidas as atribuições de cada membro no exame clínico. A versão atualizada dos protocolos já está na unidade. A solicitação dos exames complementares será anotada no prontuário e no livro dos hipertensos e diabéticos. O diretor da unidade realizará um pedido ao gestor municipal para agilizar a realização dos exames complementares. Os exames complementares realizados serão anotados na ficha espelho e no livro quando serão realizados. A auxiliar de enfermagem será responsável pelo controle de estoque de medicamentos e do registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos, anotações serão feito num livro dos hipertensos e diabéticos.

**Engajamento Público:**

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de

exames complementares; Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Essas ações serão alcançadas através das ações para a comunidade, nas consultas e nas visitas domiciliares.

#### **Qualificação na Prática Clínica:**

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Na qualificação da prática clínica a capacitação da equipe será realizada pela auxiliar de enfermagem com auxílio da médica e enfermeira.

#### **Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa**

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

#### **Ações:**

##### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). O monitoramento será realizado através das anotações no livro.

##### **Organização e gestão do serviço**

Organizar visitas domiciliares para buscar hipertensos os faltosos; Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares; Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos; Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Na organização a busca ativa terá como responsável o chefe da equipe, a enfermeira, realizada uma vez por semana e a reflexão na reunião da equipe.

##### **Engajamento Público**



Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos); Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas; Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos); Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. No engajamento público a comunidade receberá essas informações e acontecerão o diálogo sobre esse assunto. Serão realizadas ações informativas em cada comunidade: em Curiaú de fora em dois sábados no espaço da igreja, durante a semana na escola ao lado da unidade, nas comunidades Currallinho, Curiaú Mirim e Casa Grande; também nos encontros do grupo dos hipertensos e diabéticos. No atendimento clínico e nas visitas domiciliares serão também transmitidas essas informações.

#### **Qualificação da prática Clínica**

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. A qualificação da prática clínica será realizada nas capacitações dos ACS em que vão receber essas informações.

#### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### **Ações:**

##### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde; Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde. No monitoramento será avaliada a qualidade dos registros mensalmente pela enfermeira.

##### **Organização e gestão do serviço**

Manter as informações do SIAB atualizadas; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações;

Definir responsável pelo monitoramento dos registros; Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Na organização do serviço serão cumpridos esses itens. A enfermeira será responsável pelo monitoramento dos registros que será feito por meio da revisão mensal do livro de registro e das fichas espelhos, e caso necessário realizar a busca ativa do usuário faltoso e marcar uma consulta médica.

### **Engajamento público**

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. No engajamento público eles receberão essas informações nas ações informativas realizadas em cada comunidade: em dois sábados em Curiaú de fora, durante a semana na escola ao lado da unidade, em Currálinho na escola, no espaço comunitário em Curiaú Mirim e em Casa Grande; também nos encontros do grupo dos hipertensos e diabéticos.

### **Qualificação da prática clínica**

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso; Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas; Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético; Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Na qualificação dos profissionais eles receberão essas informações; serão realizadas duas capacitações na unidade pela enfermeira.

### **Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Ações:**

#### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar o número de hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano; Monitorar o número de diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Isso será realizado através da ficha espelho, responsável será a enfermeira.

### **Organização e gestão do serviço**

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco; Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Na organização e gestão do serviço serão cumpridos esses itens sobre responsabilidade das duas técnicas de enfermagem.

### **Engajamento público**

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação); No engajamento público nas ações serão realizadas essas informações e orientações, em cada comunidade pertencem da área, Curiaú de fora no espaço da igreja, Curiaú de dentro na escola, Currallinho na escola, Curiaú Mirim e Casa Grande num espaço comunitário; nos encontros do grupo dos hipertensos e diabéticos, no atendimento clínico e nas visitas domiciliares realizadas pela equipe.

### **Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés; Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Para a qualificação da prática clínica serão discutidas informações nas capacitações com a equipe, que terão como responsáveis a médica e a enfermeira.

### **Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos;

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos;

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos;

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos;

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos;

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

### **Ações:**

#### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista; Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos; Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos; Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. O monitoramento das ações será realizado através da ficha espelho.

#### **Organização e gestão do serviço**

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético; Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico; Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários; Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade; Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Na organização e gestão do serviço serão realizadas ações cumprindo os itens: o diretor será responsável pelo contato e pedido ao gestor; as técnicas da enfermagem serão responsáveis pela agenda da atenção à saúde bucal, a equipe da ESF Curiaú com a equipe do NASF irá organizar as práticas coletivas ligadas às atividades do grupo dos hipertensos e diabéticos. O espaço será a unidade, a igreja em Curiaú de fora, a escola em Curiaú de dentro e Currallinho, o espaço comunitário em Curiaú Mirim e Casa Grande. As consultas da equipe bucal serão realizadas na unidade mais próxima UBS Marcello Cândia.

#### **Engajamento público**

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores

municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista; Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. No engajamento público, será dada ênfase nas informações sobre exercício físico, saúde bucal, tabagismo e alimentação saudável. Essas informações serão dialogadas nas ações para comunidade, nas consultas e nas visitas domiciliares.

### **Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário com hipertensão e/ou diabetes; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular; Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Para a qualificação da prática clínica, serão realizadas capacitações para a equipe com esse conteúdo. A técnica de enfermagem da equipe da saúde bucal da unidade mais próxima realizará duas capacitações. A nutricionista da equipe do NASF realizará uma capacitação.

## **2.3.2 Indicadores**

### **Metas relativa ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.**

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

### **Metas relativas ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Metas relativas ao Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Metas relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.



Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Metas relativa ao Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1. Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Metas relativas ao Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realização da intervenção utilizaremos o protocolo do Ministério da Saúde Hipertensão Arterial Sistêmica, no. 37 e Diabetes Mellitus, no. 36, já disponível na unidade. Para o acompanhamento das metas e indicadores, utilizaremos o prontuário e a ficha espelho (Anexo C). Estimamos alcançar com a intervenção 80 hipertensos e 20 diabéticos. Fizemos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelhos necessária, dispor de um livro para registro. Para o acompanhamento bimensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B).

As duas técnicas de enfermagem ficam responsáveis pela organização: na quinta-feira de manhã visitas domiciliares para buscar dos faltosos hipertensos e diabéticos e o agendamento para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares. Será discutida na reunião da equipe semanalmente a situação dos usuários provenientes da busca ativa, sensibilizando os ACS para dar atenção nas próximas visitas domiciliares a eles.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, assim como o seu encaminhamento à equipe de bucal e realização do atendimento será registrado na ficha espelho e no livro da unidade – fica sobre responsabilidade das duas técnicas de enfermagem, a cada mês discutir na reunião da equipe a situação dos atendimentos odontológicos realizados.

Fica sobre responsabilidade do auxiliar de enfermagem o controle do estoque, incluindo a validade dos medicamentos, também do registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados na unidade de saúde, acontecendo mensalmente. Será providenciado um livro para registrar.

A garantia de solicitação dos exames complementares dos usuários com HAS/DM preconizados pelo MS e um sistema de alerta para faltosos ficam sobre responsabilidade das duas técnicas de enfermagem - anotados na ficha espelho, revisados mensalmente. Faltosos serão chamados pelos ACS.

O diretor da unidade é responsável pela realização do pedido ao gestor para providenciar um manguito maior para obesos, fornecer fitas adequadas para hemoglicoteste. Ele vai conversar com o gestor sobre possibilidades de agilizar a realização dos exames complementares definidos no protocolo na rede municipal ou estadual de saúde.

Depois da primeira capacitação sobre o manual técnico do MS será realizada uma reunião para definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários Hipertensos e Diabéticos. Para pactuar com a equipe o registro das informações será realizada uma reunião confirmando a importância do registro; após dois meses será feito uma avaliação na reunião para destacar os registros com falhas.

A informação a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção HAS/DM, será otimizada conversando com o responsável da igreja para disponibilidade do espaço em dois sábados, divulgar a ação na comunidade pelos ACS e através de um banner "Programa de Atenção Hipertensão e Diabetes Mellitus". Será realizada a medida da PA, do hemoglicoteste, conversas educativas sobre a importância da atividade física e orientação sobre alimentação saudável - feitos pela enfermeira e técnica de enfermagem. As ações semelhantes e a data serão publicadas através dos presidentes das comunidades, a via comum da comunicação com os usuários das comunidades. O conteúdo será o mesmo da supracitada ação de informação e os recursos e responsáveis membros da equipe também.

Para realização de uma ação informativa conversamos com a diretora da escola situada ao lado da unidade. Pedimos disponibilizar o espaço da escola. O conteúdo da ação informativa, os recursos e os responsáveis membros da equipe

são os mesmos da ação informativa que planejamos em dois sábados supracitados. A publicação da data será através dos ACS e um aviso será impresso na unidade.

Para todas essas ações será feito um pedido ao setor responsável na secretaria de saúde municipal para materiais informativos e para disponibilizar um banner “Programa de Atenção Hipertensão e Diabetes Mellitus”.

Outra estratégia será a reativação do grupo dos hipertensos e diabéticos. O grupo acontece com apoio do NASF, faremos juntamente com o grupo do NASF e a equipe uma reunião para elaborar uma programação diferenciada, com mais criatividade nos encontros, atividades novas, conversar com mais empenho, incentivando a participação. Vamos planejar um passeio com o grupo, fazer uma festa conforme o ano calendário- Natal, Páscoa, Verão. Convidar palestrantes externos como um membro da equipe bucal do SENAC e uma nutricionista. Discutir o andamento do grupo cada dois meses na reunião da equipe.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da ESF Curiaú. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o protocolo Hipertensão Arterial Sistêmica, no. 37 e Diabetes Mellitus, no. 36 – Ministério da Saúde, 2013 para que toda a equipe utilize esta referência na atenção ao HAS e DM. Esta capacitação ocorrerá na própria unidade, para isto será reservado duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe na sexta-feira. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Serão realizadas duas capacitações com duração de uma hora sobre o preenchimento da ficha espelho e plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, abordando também sobre a realização e periodicidade das consultas, em duas quartas-feiras no primeiro os ACS serão acompanhados na prática no preenchimento, pela enfermeira, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem e depois supervisionados pelos mesmos. Uma aula será realizada pela médica sobre a clínica e as complicações da HAS e DM.

A capacitação de equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, para realização do hemoglicoteste e a exame clínico apropriado será feito pela enfermeira e médica numa terça-feira com duração de duas horas. Chamaremos um membro da equipe bucal da unidade mais próxima para dar uma aula sobre avaliação da necessidade de atendimento

odontológico dos hipertensos e diabéticos com duração de 95 minutos. Uma técnica de enfermagem da unidade dará uma aula para equipe sobre o preenchimento e o registro adequado de todos os registros necessário de acompanhamento das pessoas com hipertensão com duração de 45 minutos. A auxiliar de enfermagem dará uma aula com duração de 45 minutos para equipe sobre as orientações para obter acesso a medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia.

### 2.3.4 Cronograma

[illegible]

quanto a realizar as consultas e sua periodicidade												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 3 Relatório da Intervenção

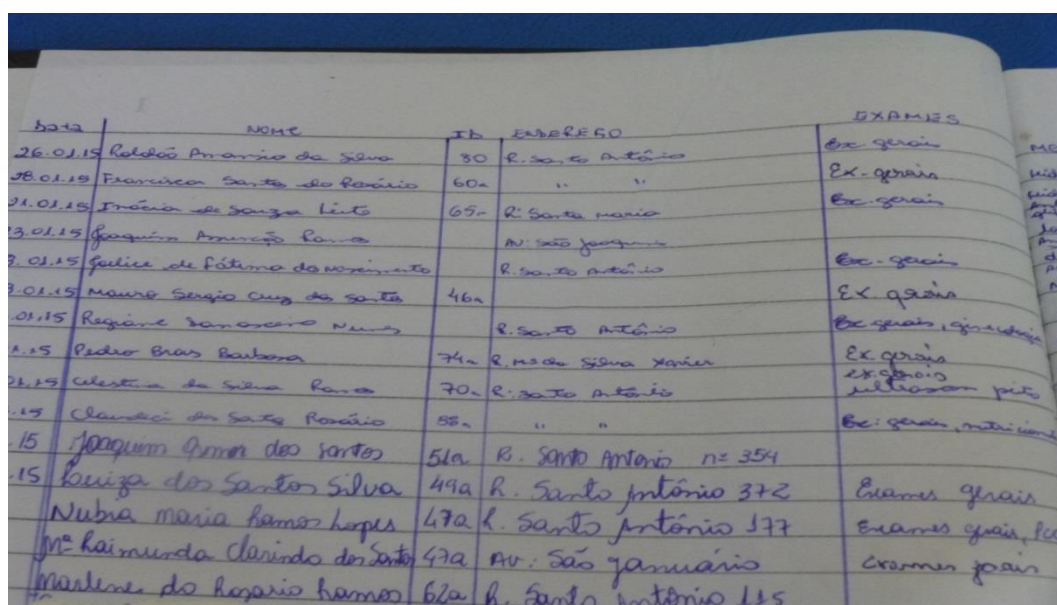
#### 3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao longo dos três meses da intervenção almejávamos alcançar uma meta de cobertura equivalente a 50% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Houve melhoras na cobertura e na qualificação dos serviços. Os homens, usuários que trabalham de segunda-feira a sábado e outros que frequentam as unidades próximas da área de abrangência não foram alcançados.

O monitoramento aconteceu satisfatoriamente, depois das dificuldades na fase inicial, por exemplo, quando a equipe esteve sobrecarregada no atendimento

das famílias que recebem a bolsa família. O monitoramento inclui o número de pessoas cadastradas no programa, a qualidade dos registros, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, a realização do exame clínico apropriado e a solicitação dos exames complementares.

Realizamos os registros num livro existente na unidade e na ficha espelho disponibilizada pelo curso, foram anotados os dados: nome, data de nascimento, data de consulta, solicitação dos exames complementares, medicamentos e data da consulta odontológica de todos os usuários com hipertensão e diabetes com atendimento clínico na intervenção.



DATA	NOME	ID	ENDEREÇO	EXAMES
26.01.15	Roberto Antonio da Silva	30	R. Santo Antônio	Ex. gerais
28.01.15	Francisco Santa do Rocio	60a	" "	Ex. gerais
31.01.15	Imácia de Souza Lito	65a	R. Santa Maria	Ex. gerais
03.01.15	Joaquim Américo Lima		Av. São Joaquim	
03.01.15	Juliana de Fátima da Mota		R. Santo Antônio	Ex. gerais
03.01.15	Mauro Sérgio Cruz da Silva	46a		Ex. gerais
01.15	Regiane Bonifácio Nunes		R. Santo Antônio	Ex. gerais, ginecologia
01.15	Pedro Brás Barbosa	74a	R. M. da Silva Xavier	Ex. gerais
21.15	Albertina da Silva Roca	70a	R. Santo Antônio	Ex. gerais, ultrassom pito
01.15	Cláudio da Silva Roca	58a	" "	Ex. gerais, nutrição
01.15	Joaquim Gomes dos Santos	51a	R. Santo Antônio n° 354	
01.15	Roziza dos Santos Silva	49a	R. Santo Antônio 372	Exames gerais
	Nubia Maria Ramos Lopes	47a	R. Santo Antônio 177	Exames gerais, fcc
	Mª Raimunda Clarinda dos Santos	47a	Av. São Joaquim	Exames gerais
	Martine de Rocio Ramos	62a	R. Santo Antônio 115	

Figura 1 – Livro de registro da unidade na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Projeto da especializanda.

Realizamos visitas domiciliares para busca ativa dos faltosos a consulta, entre eles idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Diabetes Mellitus (DM) com dificuldade de se locomover. O tempo da chuva forte dificultou nosso trabalho nas visitas e nos encontros com os usuários faltosos às consultas.





Figura 2 – Equipe ESF Curiaú, Macapá/AP, na comunidade ribeirinha Curiaú Mirim. Fonte: Projeto da especializanda.

Os usuários que trabalham de segunda-feira a sábado, e os homens são os que faltam nas consultas na unidade. Para os homens especialmente está difícil de aceitar a doença e o tratamento adequado. Realizamos busca ativa com visitas domiciliares destes usuários.





Figura 3 - Visita domiciliar ao usuário com HAS na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Projeto da especializanda.

O controle do estoque dos medicamentos e o registro dos medicamentos necessários foram realizados pela auxiliar de enfermagem. Fizemos reuniões com a liderança da comunidade – o presidente da comunidade Quilombola, a diretora da escola e um representante da igreja católica local, para falar sobre a importância da ação programática e solicitamos apoio. Também aconteceram reuniões com a comunidade para divulgar, planejar as ações, para informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção HAS/DM e ouvir sugestões para melhorar a adesão ao tratamento. Outra reunião com o mesmo conteúdo aconteceu com o presidente da comunidade Curiaú Mirim.

Uma ação foi feita na comunidade ribeirinha Curiaú Mirim com conversas sobre a promoção da saúde, medida da Pressão Arterial Sistêmica (PAS) e realização do hemoglicoteste. O grupo “Mexa-se com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)”, acontece com apoio da equipe do NASF. Realizamos com frequência reuniões com a equipe do NASF para refletir e planejar as ações do grupo.



Figura 4 – Visita do grupo dos hipertensos e diabéticos no museu “Sacaca” na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Projeto da especializanda.

Nos encontros do grupo foram abordados, diferentes métodos temáticos como a importância da atividade física regular, orientação nutricional sobre

alimentação saudável, os riscos do tabagismo e do alcoolismo. Fizemos festas e passeios de acordo com o calendário, ou seja, dias das mães e festa junina. Com o tempo e a divulgação a participação do grupo melhorou bastante.



Figura 5 – Grupo dos hipertensos e diabéticos com atividade física na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Projeto da especializanda.

No grupo dos hipertensos e diabéticos o envolvimento da equipe poderia ser melhor, mais participativa, pois a equipe do NASF seria somente um suporte para a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) Curiaú e não a iniciativa como infelizmente muitos membros da nossa equipe pensam.

Nas primeiras duas semanas da intervenção aconteceram às capacitações básicas para um bom desenvolvimento da ação programática – a capacitação dos profissionais da ESF Curiaú sobre o protocolo HAS/DM, os ensinamentos técnicos necessários. Também foi combinado o papel de cada membro da equipe. Outras capacitações sobre o protocolo HAS/DM foram realizadas na segunda, quinta, na nona e decima semana da intervenção.





Figura 6 - Médica e enfermeira na equipe ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Projeto da especializanda.

Os Agentes comunitários de saúde (ACS) receberam orientações sobre a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, sobre o cadastramento e o preenchimento da ficha espelho, “Plano de Reorganização de Atenção à HAS e DM”. Na quinta e na nona semana da intervenção aconteceram outras capacitações para os ACS sobre a busca ativa dos usuários faltosos às consultas.

A auxiliar de enfermagem realizou uma capacitação para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular. Na segunda e decima semana fizemos capacitações para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, com a participação de uma assistente de consultório bucal da equipe bucal da unidade próximo ofereceu para nós. A nutricionista da equipe do NASF participou dando uma aula sobre orientação nutricional para os usuários. Durante as doze semanas da intervenção o atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos foi realizado pela médica segunda-feira a sexta-feira, juntamente com as ações destinadas a qualidade desse atendimento clínico.

Durante minhas férias no mês de maio/2015, apesar da equipe não ter seguido com os atendimentos clínicos ela realizou as seguintes ações: o grupo dos

hipertensos e diabéticos, as visitas domiciliares, as orientações - nutricional, sobre atividade física, os riscos do tabagismo, a higiene bucal -, a capacitação da equipe pela enfermeira, o contato com a liderança comunitária, a busca ativa dos faltosos a consulta, a reunião com a comunidade, o monitoramento da intervenção, a orientação sobre o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Infelizmente a secretaria de saúde não forneceu material de informação sobre HAS e DM. A equipe fez as cópias de alguns folders e o banner “Programa de Atenção Hipertensão e Diabetes Mellitus” que não foi fornecido, mandei fazer por conta própria.



Figura 7 - Banner “Programa de Atenção Hipertensão e Diabetes Mellitus” na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Projeto da especializanda.

O envolvimento da equipe precisa melhorar, em cada reunião, a conversa é sempre importante para conscientizar a importância do registro adequado e da divulgação nas visitas domiciliares dos ACS a atenção aos hipertensos e diabéticos.



Figura 8 - Visita domiciliar na comunidade, ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Projeto da especializanda.

### 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As ações para informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção HAS/DM aconteceram apenas nos dias úteis por causa da indisponibilidade dos membros da equipe no sábado.

A enfermeira não realiza o atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos. Os usuários e também a equipe pensam muito num cuidado centrado no médico. Já conversamos varias vezes na reunião da equipe, os membros falam “mas as pessoas querem ser atendidas pela médica”- não valorizam a importância do serviço deles mesmo. A enfermeira como chefe da equipe tem muito serviço, atendimento das grávidas, ela tem especialização em Saúde da Família e obstetrícia, faz os testes rápidos anti-virus da imunodeficiência humana (HIV), sífilis, hepatite B e C – ela resolve muitas vezes problemas administrativos na secretaria de saúde de Macapá.

Em geral conseguimos seguir o cronograma, teve alguns atrasos como mudança da data do grupo dos hipertensos e diabéticos, pois dependemos do planejamento da equipe do NASF. Apresentamos dificuldades nos atrasos dos

exames complementares, sejam os exames laboratoriais, eletrocardiograma ou fundoscopia da retina no exame oftalmológico dos hipertensos e diabéticos. Apesar de já ter conversado com gestor municipal para agilizar a realização dos exames complementares definidos no protocolo; essa demora pode ser em função das poucas vagas para um grande número de usuários em Macapá. Esse fato repercutiu nos usuários com poucos exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Muitos usuários realizam os exames somente na rede privada.

Os usuários têm dificuldade de marcar uma consulta no dentista por falta de vagas na rede pública. Temos dificuldades de realizar algumas aferições da PAS, devido à falta de manguitos para obesos (16 cm) e manguitos pediátricos (4/6/9 cm). Recebemos há aproximadamente uma semana um esfigmomanômetro da secretaria de saúde de Macapá, nós estávamos com um único esfigmomanômetro que comprei no ano passado. Mesmo sabendo da intervenção e a melhoria da qualidade de atenção dos hipertensos e diabéticos muitos materiais ainda não foram comprados pelo município.

Outra dificuldade é que os médicos não prescrevem os medicamentos da Farmácia Popular. O cardiologista e endocrinologista prescrevem substâncias por necessidade do estado avançado da doença que não se encontram na lista da Farmácia Popular ou medicamentos com doses diferenciados que precisam ser manipulados na farmácia da manipulação.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

A coleta de dados precisa ser mais minuciosa, com mais atenção. O usuário não pode sair sem data da próxima consulta agendada, nem quando falta uma orientação necessária. Precisa ser uma atenção integrada. Às vezes tem falha nas anotações, no prontuário, na ficha espelho, no livro de registro. Isso dificulta no preenchimento da planilha, precisa perguntar aos ACS, pedir para marcar de novo uma consulta. Na busca ativa falta de esforço pelos ACS, eles falam, “mas não posso obrigar o usuário, ir à consulta”. Por falta de manguitos para obesos os dados da PAS dos usuários obesos não são exatos.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Tenho esperança que com o tempo todos os membros da equipe são convencidos que a ação programática é para melhorar e facilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos. Quando a equipe tem muito serviço como atendimento às famílias da bolsa família ou o Programa Saúde na Escola, vejo dificuldade de incorporar as ações continuamente na rotina do serviço da equipe da ESF Curiaú. A ficha espelho é trabalhosa de preencher. Nem todos os membros da equipe se esforçam para melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos. Alguns pensam que é mais um serviço para acumular, mais um registro dos dados fora todos os registros que já existem na unidade. Não podem ser prejudicadas outras atividades já existentes na unidade e a rotina da equipe.

A intervenção está incorporada na rotina da ESF Curiaú. No futuro vejo um aspecto para trabalhar com a equipe a importância da atividade sistematizada rotineiramente, atividades de promoção de saúde e de educação para saúde no cotidiano do serviço. A atividade educacional é de fato um grande proveito para o usuário. Os hipertensos e diabéticos muitas vezes já com idade avançada, merecem nossa atenção.

Portanto finalizo o relatório citando Simone Du Beauvoir (1976):

“Paremos de trapacear, o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignoramos quem nós seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados”.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

#### **1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou aos diabéticos**

Meta 1.1: Cadastrar 50 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde



Meta 1.2: Cadastrar 50 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Com o término do período da intervenção de 12 semanas presenciais, o período que vai do fevereiro ao junho de 2015, chegou o momento de avaliar os resultados obtidos até agora, assim como os pontos positivos a serem mantidos e aqueles negativos que devem ser corrigidos para que a intervenção possa seguir da melhor forma possível. No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel - 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos é 5,6%; as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. No início da intervenção conversando com a equipe, a orientadora, assim como meu conhecimento do território da unidade, optamos por ser mais coerente utilizando os dados existentes na unidade, ou seja, um total de 160 usuários hipertensos e 40 diabéticos. Esses dados vem do levantamento na área adscrita realizado pela equipe da ESF Curiaú. Ao longo da intervenção quantitativamente cadastramos 74 (46,3%). No primeiro mês foram cadastrados 46 usuários hipertensos (28,8%) e no segundo mês alcançamos 60 (37,5%) das pessoas com hipertensão. Conseguimos cadastrar 27 pessoas com diabetes (67,5%). No primeiro mês foram cadastrados 21 (52,5%) e no segundo mês 24 usuários diabéticos (60%). Qualitativamente para alcançar a meta de cobertura ajudou o contato com as lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática solicitando apoio, as reuniões com a comunidade para falar sobre a existência do programa de atenção ao HAS/DM e a reflexão nas reuniões da equipe sobre o andamento da intervenção.

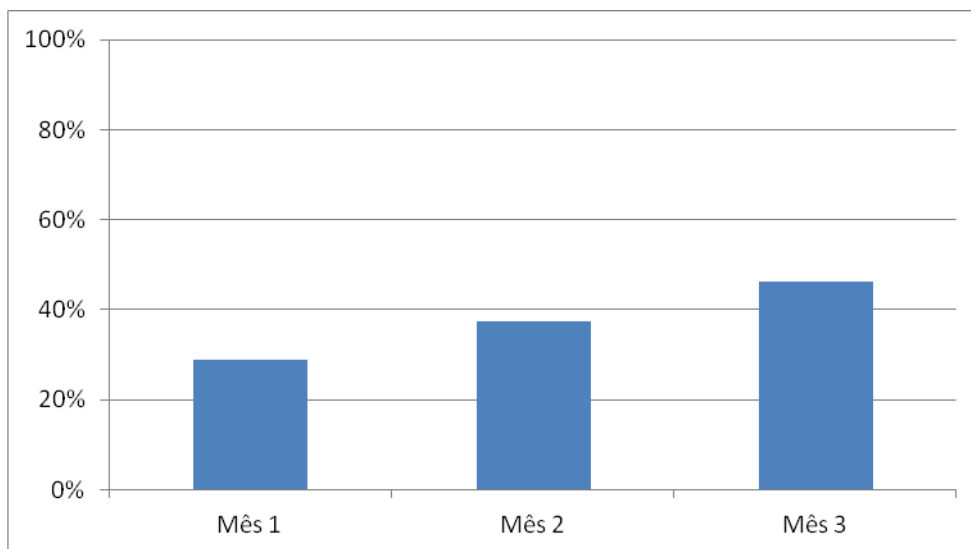


Figura 9 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Planilha de dados.

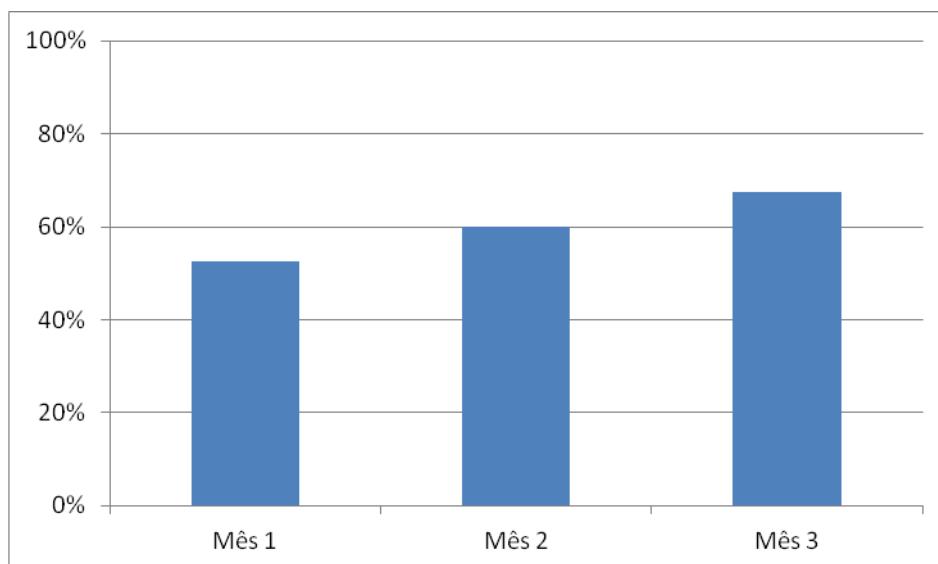


Figura 10 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Planilha de coleta de dados.

## **2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**

Meta 2.1: Realizar o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo em 100 % dos hipertensos

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Meta 2.2: Realizar o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo em 100 % dos diabéticos

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos hipertensos

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos diabéticos

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Alcançamos ao longo da intervenção quantitativamente um percentual de 100% nas metas mencionadas acima. Qualitativamente ajudou a capacitação da equipe da ESF Curiaú sobre o protocolo HAS e DIA do Ministério da Saúde, o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática no exame clínico dos hipertensos. Na saúde bucal foram importantes as duas capacitações realizadas pela técnica de saúde bucal sobre a avaliação da necessidade do atendimento odontológico e a reflexão nas reuniões da equipe sobre a situação do andamento da avaliação. Um ponto que dificultou foi a falta de vagas para o atendimento odontológico dos hipertensos da área da ESF Curiaú.

Meta 2.3: Garantir a 100 % dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

No primeiro mês apresentamos quantitativamente somente um (2,2%), no segundo mês 7 (11,7%), e no terceiro mês 8 (10,8%), usuários hipertensos com exames complementares em dia. O resultado para os usuários diabéticos foi parecido, no primeiro mês tivemos um (4,8%), no segundo mês, 4 (16,7%) e por fim no terceiro mês continuamos com 4 (14,8%). Qualitativamente ajudaram as capacitações sobre o protocolo HAS e DIA do Ministério da Saúde. A solicitação dos exames complementares foi feita para todos hipertensos cadastrados e registrado no prontuário do usuário. Infelizmente a situação da saúde pública em Macapá não ajudou muito. Por isso tem poucos usuários com exames complementares em dia de

acordo com o protocolo. Faltam vagas para consultas no oftalmologista, a fim de realizar a fundoscopia da retina, o eletrocardiograma também é difícil conseguir no SUS. O maior número dos usuários somente consegue realizar os exames laboratoriais na rede privada.

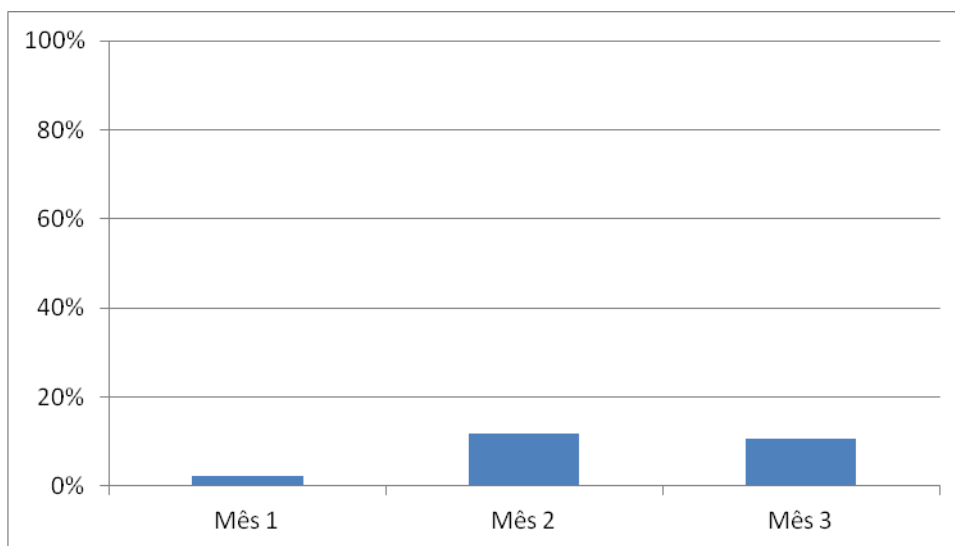


Figura 11 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Planilha de coleta de dados.

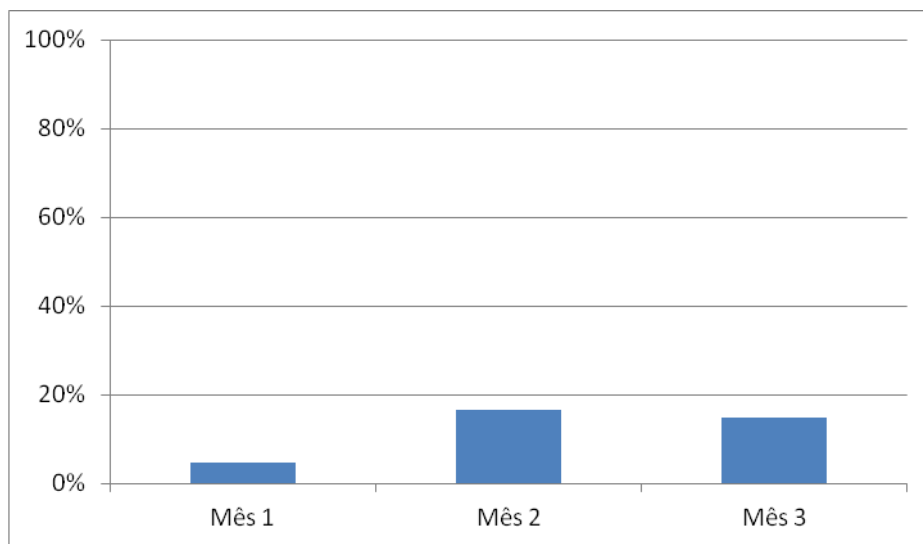


Figura 12 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100 % dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100 % dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

No primeiro mês acompanhamos quantitativamente 37 pessoas com hipertensão (80,4%), no segundo mês 48 (80%) e no terceiro mês 61 (82,4%) pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. No primeiro mês acompanhamos quantitativamente 12 (63,2%), no segundo mês, 14 (60,9%) e no terceiro mês 17 (65,4%) pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Qualitativamente ajudaram a capacitação da equipe para orientar os usuários a direito ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter acesso, as ações como as reuniões com a comunidade e conversas com os usuários levando essas informações. O número dos usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular é baixa por causa dos médicos de outras unidades ou especialistas como cardiologista ou endocrinologista prescrevem medicamentos fora da lista da Farmácia Popular.

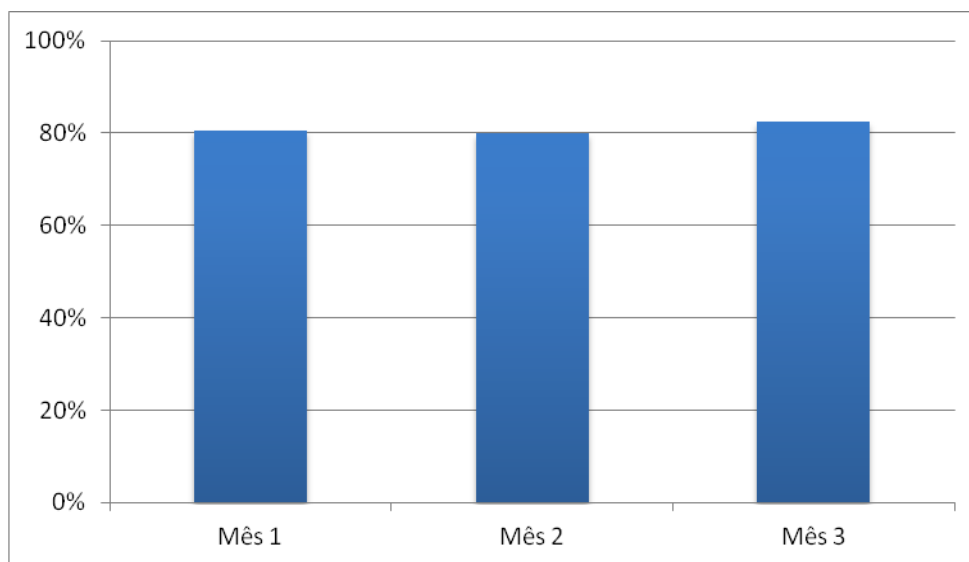


Figura 13 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Planilha de coleta de dados.

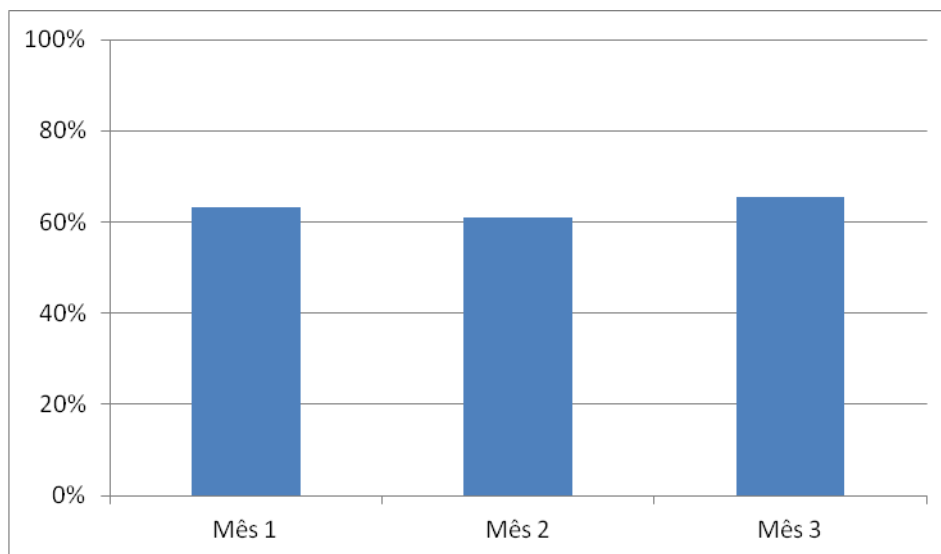


Figura 14 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Planilha de coleta de dados.

### **3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa**

Meta 3.1: Buscar 100 % dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade com busca ativa

Meta 3.2: Buscar 100 % dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 3.2: Proporção dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada com busca ativa

Realizamos ao longo da intervenção quantitativamente a busca de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, tivemos no final da intervenção 6 usuários hipertensos e 3 usuários diabéticos. Qualitativamente ajudaram as capacitações para os ACS orientando quando realizar as consultas e a sua periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde, a realização da busca ativa dos hipertensos faltosos e a reflexão nas reuniões da equipe sobre a situação dos usuários faltosos. Foram importantes, às visitas domiciliares com foco nos usuários com idade avançada e dificuldade de se locomover.

### **4. Melhorar o registro das informações**

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com a ficha de acompanhamento adequada

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 4.2: Proporção dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde com a ficha de acompanhamento adequada

Ao longo da intervenção quantitativamente alcançamos em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos o registro adequado na ficha de acompanhamento. Qualitativamente ajudou a capacitação da equipe da ESF Curiaú sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e do diabético, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e as reflexões sobre o preenchimento correto nas reuniões da equipe.

## **5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

Meta 5.1: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100 % dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Meta 5.2: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100 % dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.2: Proporção dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Ao longo da intervenção quantitativamente realizamos em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos a estratificação de risco cardiovascular. Qualitativamente ajudou a capacitação da equipe da ESF Curiaú sobre o protocolo HAS e DIA do Ministério da Saúde. Também ajudou o sistema de registro que viabilize situações de alerta ao atraso na realização de estratificação de risco cardiovascular.

## **6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100 % dos hipertensos

Indicador 6.1: Proporção dos hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100 % dos diabéticos

Indicador 6.2: Proporção dos diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100 % dos hipertensos

Indicador 6.3: Proporção dos hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100 % dos diabéticos

Indicador 6.4: Proporção dos diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100 % dos hipertensos

Indicador 6.5: Proporção dos hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100 % dos diabéticos

Indicador 6.6: Proporção dos diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100 % dos hipertensos

Indicador 6.7: Proporção dos hipertensos com orientação sobre higiene bucal

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100 % dos diabéticos

Indicador 6.8: Proporção dos diabéticos com orientação sobre higiene bucal

Ao longo da intervenção quantitativamente 100% das pessoas com hipertensão e diabetes receberam as orientações relativas às metas mencionadas acima. Qualitativamente ajudou a capacitação da equipe da ESF Curiaú sobre o protocolo HAS e DIA do Ministério da Saúde; a conversa da nutricionista da equipe do NASF aos membros da equipe da ESF Curiaú sobre orientação nutricional, como orientar os usuários a ter uma alimentação e um hábito de vida saudável; as orientações da fisioterapeuta e educadora física da equipe do NASF sobre importância e como comunicar aos usuários a prática de atividade física regular; as



orientações sobre os riscos do tabagismo; as duas capacitações sobre saúde bucal realizada pela técnica de saúde bucal da unidade próxima da nossa unidade; as atividades do grupo dos hipertensos e diabéticos com atividades sobre alimentação saudável, atividades físicas, tabaco e higiene bucal; além das orientações nutricionais, sobre atividade física, tabaco e higiene bucal realizadas no atendimento clínico e nas visitas domiciliares.

## **4.2 Discussão**

A intervenção, em minha unidade de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a classificação de riscos de ambos os grupos. Infelizmente a situação da saúde pública em Macapá não ajudou muito. Poucos usuários têm exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Faltam vagas para a consulta no oftalmologista para realização da fundoscopia da retina, mesmo o eletrocardiograma é difícil alcançar no SUS. Também o maior número dos usuários somente consegue realizar os exames laboratoriais na rede privada.

O número dos usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular é baixa por causa dos médicos de outras unidades ou especialistas como cardiologista ou endocrinologista prescrevem medicamentos fora da lista da Farmácia Popular. Faltam vagas para o atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos da área da ESF Curiaú.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, das duas técnicas de enfermagens, da auxiliar de enfermagem e das três ACS da equipe da ESF Curiaú. Um efeito positivo foi o desenvolvimento do trabalho em equipe. Mesmo com falta de pessoal qualificado como a área extensa sem ACS a busca ativa em conjunto com a equipe foi feita.

A médica realizou o atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos, fez visita domiciliar com os membros da equipe e participou do grupo dos hipertensos e diabéticos. A enfermeira no âmbito da unidade realizou o cuidado da saúde dos hipertensos e diabéticos, fez visita domiciliar com os membros da equipe e

participou do grupo dos hipertensos e diabéticos. Como chefe da equipe da ESF Curiaú fez articulação com a secretaria de saúde de Macapá, organizar as ações e as reuniões da equipe e providenciar material que faltava.

As técnicas de enfermagem e a auxiliar de enfermagem realizaram o cuidado de saúde dos hipertensos e diabéticos no âmbito da unidade, no domicílio e nas atividades como o grupo dos hipertensos e diabéticos. As ACS preencheram nas visitas domiciliares a ficha do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus disponibilizada pela secretaria de saúde de Macapá e realizaram a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas de acordo com o protocolo. Orientaram os hipertensos e diabéticos nas visitas domiciliares sobre alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Essas orientações estão sendo realizadas por todos os membros da equipe obedecendo à atribuição específica de cada um.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Ao longo da intervenção aprendemos fazer melhor o planejamento das ações. Isso resultou numa maior integralidade, como a citação a seguir:

“A integralidade - traduz-se em realizar atenção, integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade. A integralidade exige que a Atenção Básica reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las” (BRASIL c; 2013).

A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização.



Figura 15 - Fila de espera para o atendimento clínico na comunidade Currallinho na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Projeto da especializanda.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura. As atividades do grupo dos hipertensos e diabéticos ajudaram muito na adesão dos usuários a ação programática.

Na planilha de coleta de dados incluiria um determinante de obesidade central dos usuários com hipertensão e diabetes para avaliar o risco de doença cardiovascular segundo o IMC (índice de massa corporal). Planejaria mais atividades educativas de maneira diferente com mais criatividade, para chamar atenção dos usuários quais poucos participaram. Ficaria mais insistindo na secretaria de saúde de Macapá para fazer sempre pedido ao material que faltava, porque na intervenção da ação programática não teve apoio total da secretaria de saúde.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está mais integrada, porém, como vamos incorporar à intervenção a rotina do serviço, nós teremos condições de superar algumas dificuldades encontradas. A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Pretendemos

investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos, especialmente nas áreas da ESF Curiaú sem ACS.



Figura 16 - Área de difícil acesso na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Projeto da especializanda.

Consciente que da nossa realidade temos ainda um caminho longo, gostaria de concluir a discussão com a seguinte citação:

“A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL d; 2006).

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

**À Secretaria Municipal de Saúde**

No período de fevereiro a junho de 2015 a equipe da ESF Curiaú realizou a intervenção: “Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus”. Na área adscrita, há 160 hipertensos e 40 diabéticos, o objetivo da intervenção foi aumentar a cobertura desta ação programática para 50%. Conseguimos alcançar uma cobertura de 46,3 % (74) dos hipertensos e 67,5 % (27) dos diabéticos da área adscrita.

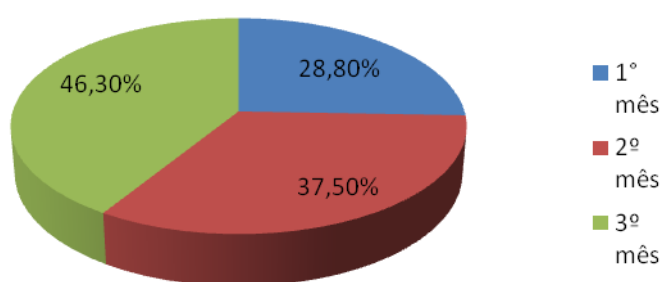


Figura 17 - Gráfico indicativo dos hipertensos acompanhados na ESF Curiaú, Macapá/AP.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

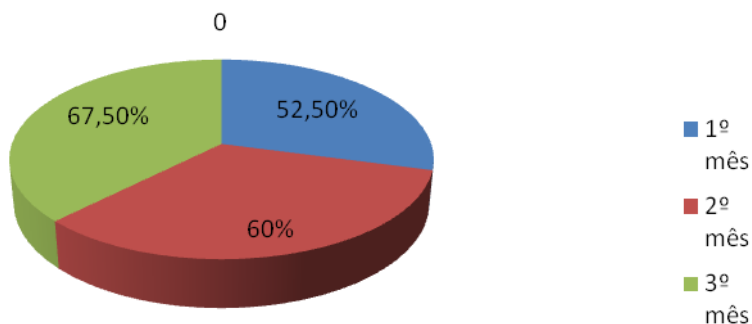


Figura 18 - Gráfico indicativo dos diabéticos acompanhados na ESF Curiaú, Macapá/AP.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Nossa intervenção teve ações em quatro eixos – monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. O monitoramento incluiu o número de usuários cadastrados no programa, a qualidade dos registros nos prontuários e ficha espelho, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, o cumprimento da periodicidade das consultas prevista no protocolo Hipertensão Arterial Sistêmica nº. 37, 2013 e no protocolo Diabetes



Mellitus nº. 36, 2013 do Ministério da Saúde, a realização do exame clínico apropriado, a solicitação dos exames complementares, a busca ativa dos faltosos as consultas, a avaliação odontológica e a promoção da saúde.

Realizamos visitas domiciliares para busca ativa dos faltosos a consulta e ações informativas nas comunidades. O apoio pela equipe do NASF foi importante para a qualificação do serviço: nas atividades do grupo dos hipertensos e diabéticos, nas visitas domiciliares e no atendimento ambulatorial. Um efeito positivo foi o desenvolvimento do trabalho em equipe.



Figura 19 – Grupo dos hipertensos e diabéticos na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Projeto da especializanda.

Os fatores que dependiam da equipe foram alcançados em 100% dos usuários cadastrados no programa: o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, a avaliação da necessidade do atendimento odontológico, a busca ativa dos faltosos a consulta conforme a periodicidade recomendada, o registro na ficha do acompanhamento, a realização da estratificação de risco cardiovascular por o exame clínico em dia, as ações de promoção à saúde: orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre a prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo, higiene bucal.

Nosso objetivo é ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos, especialmente nas áreas da ESF Curiaú sem ACS. A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Apresentamos dificuldades nos atrasos dos exames complementares, conseguimos até o final da intervenção apenas 8 usuários hipertensos e 4 diabéticos com os exames complementares em dia, sejam os exames laboratoriais definidos no protocolo, seja a fundoscopia da retina no exame oftalmológico dos hipertensos e diabéticos. Os usuários da nossa área adscrita têm dificuldade em realizar os exames complementares na rede pública devido à falta de vagas. Os hipertensos e diabéticos da área da ESF Curiaú apresentam dificuldade de marcar uma consulta no dentista na rede pública, conseguimos avaliar aqueles que tinham a necessidade do acompanhamento odontológico, mas a consulta com esse profissional nem sempre ocorre. Temos dificuldade de realizar algumas aferições da PAS, devido à falta de manguitos para obesos (16 cm) e manguitos pediátricos (4/6/9 cm).

Para superar essas dificuldades, seria útil para os membros da comunidade Quilombola que existissem vagas reservadas para realização dos exames complementares laboratoriais, vagas para a consulta oftalmológica e a consulta ao dentista. Para realização de aferições da PAS seria bom que pudessem ser fornecidos manguitos para obesos (16 cm) e manguitos pediátricos (4/6/9 cm). É imprescindível o apoio da gestão no sentido de prover recursos materiais e estruturais de forma que a Equipe de Saúde da Família do Curiaú possa realizar um trabalho com maior eficácia.

## 6 Relatório da Intervenção para a comunidade

### À Comunidade

Durante os últimos meses, período que vai do fevereiro ao junho de 2015 nossa equipe melhorou o cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes. Temos 160 moradores com pressão alta e 40 com diabetes. Conseguimos incluir 74 hipertensos (significa 46,3%) e 27 diabéticos (significa 67,5 %) no Programa de Atenção à pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus. Graças ao apoio da nossa equipe ao longo desse tempo em toda área do Quilombo, e também da participação da comunidade. Percebi que existe um forte vínculo cultural na comunidade. Nós informamos sobre os cuidados importantes para a hipertensão e diabetes no espaço da unidade, no Poeirão em Curiaú de Dentro, na igreja São Joaquim em Curiaú de Fora, na escola em Currallinho, no espaço comunitário em Curiaú Mirim. Cada atendimento, cada visita domiciliar, cada conversa, os membros da equipe da ESF Curiaú procuraram estar a serviço dos moradores.



Figura 20 - Ação informativa na comunidade Curiaú Mirim na ESF Curiaú, Macapá/AP.  
Fonte: Projeto da especializanda.

A comunidade Quilombola ganhou com diversas atividades, um novo olhar sobre o cuidado de si mesmo; vê o valor da pessoa humana mesmo debilitada, e



aprender um estilo de vida saudável. Especialmente as atividades do grupo dos hipertensos e diabéticos que com criatividade a equipe mostrou como fazer na prática um suco saudável, a festa do dia das mães, a festa junina com danças típicas, a visita no museu “Sacaca” chamaram bastante atenção dos membros da comunidade. No grupo dos hipertensos e diabéticos, nas visitas domiciliares e no atendimento ambulatorial nós contamos com o apoio da equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), composta por uma psicóloga, uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma educadora física e uma fonaudióloga.



Figura 21 - Grupo dos hipertensos e diabéticos “Mexe se com o NASF” na ESF Curiaú. Fonte: Projeto da especializanda.

Nós solicitamos os exames necessários para avaliar essas doenças mesmo sabendo da situação difícil da saúde pública em nossa região. A médica avaliou com persistência os exames alterados. Todos os membros da equipe ajudaram na orientação para mudança de hábito de vida, como se cuidar melhor, como cuidar da higiene bucal, sejam os mais novos ou as pessoas idosas; como receber os medicamentos da Farmácia Popular, como alcançar uma vaga para realização dos exames.



Figura 22 - Atendimento da médica da equipe na ESF Curiaú, Macapá/AP, em Curiaú de Fora. Fonte: Projeto da especializanda.

O registro da pessoa com pressão alta e/ou diabetes na unidade ficou mais específico; nossa equipe realizou a avaliação da necessidade de tratamento odontológico. Nós visitamos também inúmeras pessoas, fizemos atividades nas comunidades de Curiaú de Fora, Curiaú de Dentro, Curiaú Mirim, Curralinho e Casa Grande. A equipe acompanhou moradores com dificuldade de se locomover e acamados frequentemente com muita atenção, também aos cuidadores. Nós fomos atrás dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas.



Figura 23 - Visita domiciliar com verificação da pressão arterial sistêmica da equipe na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Projeto da especializanda.

Alcançamos 100% das ações que dependiam da nossa equipe: as orientações, os registros, a qualidade do atendimento e a busca dos faltosos à consulta - significa um bom resultado para a comunidade. Então 82,4 %, 61 hipertensos e 65,4 %, 17 diabéticos estão com a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. São poucos hipertensos e diabéticos com os exames necessários em dia por causa da situação da saúde pública local. Como muitos membros da comunidade Quilombola perceberam que aumentou o vínculo da equipe, com isso aumenta o comprometimento de todos que já estava bom, pois muitos profissionais da nossa equipe são da comunidade. Vamos continuar com as ações da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes incluindo as atividades rotineiras da equipe da ESF Curiaú. Nossa equipe está à disposição para responder perguntas e melhorar o cuidado das pessoas que moram aqui e procuram ajuda na unidade, também está aberta para críticas, a fim de melhorar o trabalho que realiza.

Finalizamos este relatório fazendo um convite: **Venham participar das atividades do grupo dos hipertensos e diabéticos “Mexa-se com o NASF”!**



## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Percebi a importância da responsabilidade de cada um, fazendo um pouco de esforço, mesmo com dificuldades técnicas, falhas da internet, pouco conhecimento da informática, buscando ajuda qualificada. Ao longo do ano superei a dificuldade de entender as tarefas do curso com a ajuda da orientadora e do apoio pedagógico.

Através da ação programática “Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus” consegui atingir um controle melhor e ampliar o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos da área adscrita da ESF Curiaú. Alcancei em conjunto com a equipe a mudança de hábitos de vida inadequada de muitos membros da comunidade Quilombola para uma vida saudável. Aumentamos a cultura sanitária da comunidade e ampliamos a cobertura dos hipertensos e diabéticos.

Conheci e entendi melhor o Sistema Único de Saúde, os princípios, o trabalho na unidade de saúde no Brasil e a visão da atenção integral à saúde com as ações de prevenção da saúde, as quais são uma estratégia fundamental. Para isso foram importantes as tarefas da área de saúde coletiva do curso da especialização em saúde da família. Aprendi mais aspectos da área da medicina, especialmente por meio dos protocolos do Ministério da Saúde, para isso foram importantes às tarefas da área da prática clínica, inclusive os casos clínicos. Percebi que meu atendimento clínico ganhou em qualidade.

O conhecimento adquirido durante o curso foi importante para enfrentar os desafios da situação da saúde pública em Curiaú, situada na zona rural de Macapá/AP - com o tempo aprendi a lidar com a falta de recursos humanos e de materiais. Aprendi no trabalho em equipe, dialogando com cada membro, envolvendo todos ao longo da intervenção. Assim como diferenciar melhor os aspectos do processo de trabalho. Conheci a cultura Quilombola e estabeleci um diálogo efetivo para lidar com as diferenças encontradas. As reuniões da equipe são importantes nesse contexto.



Figura 24 - Reunião da equipe na ESF Curiaú, Macapá/AP. Fonte: Projeto da especializanda.

Estabeleci o equilíbrio entre o desejo de alcançar determinadas metas, os recursos disponíveis e a sua governabilidade sobre a situação. Desenvolvi em conjunto com a equipe maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde respeitando o momento existencial de cada um. Aprendi desenvolver o trabalho em conjunto de nossa equipe com a equipe do NASF para melhoria da atenção integral à saúde dos usuários. Percebi ao longo do curso a importância do diálogo frequente com as lideranças da comunidade como o presidente do Quilombo Curiaú, a diretora da escola, as parteiras, os responsáveis da igreja local. Aprendi viver e atender improvisando com falta de recursos materiais na unidade de Curiaú. Vindo de um país tão distante do Brasil concluo minha reflexão com a seguinte citação:

“A Atenção Básica deve ser orientada pela competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais. Os profissionais necessitam ter outros conhecimentos e habilidades para além do campo das disciplinas acadêmicas da área de saúde, que envolvem relacionamentos, capacidade de escuta e de manejar situações adversas, desenvolvimento de trabalho em equipe, estabelecimento de parcerias, comprometimento com os usuários, respeitando os modos de viver dos indivíduos e famílias” (BRASIL c; 2013).

## Referências

BRASIL a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. P.128. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. P.160. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL c. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. P.299. (Cadernos de Atenção Básica, n.26).

BRASIL d. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção á Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P.192. (Cadernos de Atenção Básica, n.19).

BRASIL e. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P.92. (Cadernos de Atenção Básica, n.17).

BRASIL f. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. P.52.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria No. 2488**, Anexo 1. Brasília, 2011. P.3.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



## Anexo B - Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM- silmara (1) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel													
Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição													
Colar Calibri 11 Quebrar Texto Automaticamente													
Fonte Alinhamento Número Estilo Células													
C52 D.O.S													
Indicadores HAS e DM - Mês 1													
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos da lista do Hipertensos ou da Farmácia Popular?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1	1	ANL	70	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
2	2	ARS	69	1	0	1	1	0	0	0	1	1	
3	3	ALS	76	1	0	1	0	1	1	1	1	1	
4	4	AFCM	72	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
5	5	AS	55	1	0	1	0	1	1	1	1	1	
6	6	AM	52	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
7	7	AAC	61	1	0	1	1	0	1	1	1	1	
8	8	ALS	54	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
9	9	AMF	60	1	1	0	0	1	1	1	1	1	
10	10	AVF	65	1	0	1	0	1	0	1	1	1	
11	11	AMS	54	1	0	0	0	1	1	1	1	1	
12	12	AGS	44	1	0	1	0	1	1	1	1	1	
13	13	AB	68	1	0	0	0	1	1	1	1	1	
14	14	AF	41	1	0	1	0	1	1	1	1	1	
15	15	ABP	63	1	0	0	0	0	1	1	1	0	
16	16	AS	60	1	1	1	0	1	1	0	1	1	
17	17	ACLL	74	1	0	1	0	1	1	1	1	0	
18	18	APS	80	1	0	1	1	0	1	0	1	1	
19	19	AMA	42	1	0	1	0	1	1	1	1	1	
20	20	ARA	69	1	0	1	0	1	1	1	1	1	
21	21	APL	73	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
22	22	ANP	90	0	0	1	0	1	1	1	1	1	

Microsoft Excel - 2013\_08\_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade]

INDICADORES

Mês 1				Mês 2				Mês 3				Mês 4			
IDIV/VI				IDIV/VI				IDIV/VI				IDIV/VI			
1.1				Numerator: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS				Denominator: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde				0000			
0				0				0				0			
0				0				0				0			
0				0				0				0			
0				0				0				0			



Mês 1				Mês 2				Mês 3				Mês 4			
IDIV/VI				IDIV/VI				IDIV/VI				IDIV/VI			
1.2				Numerator: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS				Denominator: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde				0000			
0				0				0				0			
0				0				0				0			
0				0				0				0			
0				0				0				0			



Mês 1				Mês 2				Mês 3				Mês 4			
IDIV/VI				IDIV/VI				IDIV/VI				IDIV/VI			
2.1				Numerator: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa				Denominator: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas				0000			
0				0				0				0			
0				0				0				0			
0				0				0				0			
0				0				0				0			



Mês 1				Mês 2				Mês 3				Mês 4			
IDIV/VI				IDIV/VI				IDIV/VI				IDIV/VI			
2.2				Numerator: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa				Denominator: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas				0000			
0				0				0				0			
0				0				0				0			
0				0				0				0			
0				0				0				0			



Mês 1				Mês 2				Mês 3				Mês 4			
IDIV/VI				IDIV/VI				IDIV/VI				IDIV/VI			
3.1				Numerator: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo				Denominator: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde				0000			
0				0				0				0			
0				0				0				0			
0				0				0				0			
0				0				0				0			



Mês 1				Mês 2				Mês 3				Mês 4			
IDIV/VI				IDIV/VI				IDIV/VI				IDIV/VI			
3.2				Numerator: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo				Denominator: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde				0000			
0				0				0				0			
0				0				0				0			
0				0				0				0			
0				0				0				0			



## Anexo C - Ficha espelho

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não  
 Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não  
 Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible][illegible]

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:


Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_

## Anexo E – Ficha do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.

 <b>MS – HIPERDIA</b> <b>PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO</b> <b>À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS</b>		<b>1ª Via: Enviar para digitação</b> <b>CADASTRO DO HIPERTENSO</b> <b>E/OU DIABÉTICO</b>	
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cod. SIA/SUS (*)	Número do Prontuário
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>			
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)		Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)		Nome do Pai	
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	Pais de Origem
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV) Nº Cartão SUS
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>			
Título de Eleitor	Número	Zona	Série
CTPS	Número	Série	UF Data de Emissão
CPF	Número	PIS/PASEP	Número
<b>DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (**)</b>			
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV) UF Data de Emissão
Cartão (TV)	Tipo	Nome do Cartório Livro	
	Folha	Termo Data de Emissão	
<b>ENDEREÇO (*)</b>			
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro		Número Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone
<b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>			
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/dl)	<input type="checkbox"/> Em jejum <input type="checkbox"/> Pós prandial	
Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não Sim	Presença de Complicações	Não Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares		Infarto Agudo Miocárdio	
Diabetes Tipo 1		Outras coronariopatias	
Diabetes Tipo 2		AVC	
Tabagismo		Pé diabético	
Sedentarismo		Amputação por diabetes	
Sobrepeso/Obesidade		Doença Renal	
Hipertensão Arterial			
<b>TRATAMENTO</b>			
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>			
<b>Medicamentoso</b>			Unidades/dia  Insulina <input type="text"/>
Tipo	1/2	1 2 3 4 5 6	
Hydroclorotiazida 25mg			
Propranolol 40mg			
Captopril 25mg			
Glibenclâmida 5mg			
Metformina 850 mg			
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Data da Consulta (*)	Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)		

Legenda: (\*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (\*\*) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.